

## ANALISIS PEMBIAYAAN PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK BERSUMBER PEMERINTAH DENGAN PENDEKATAN *HEALTH ACCOUNT*

### ANALYSIS OF FINANCING OF MATERNAL AND CHILD HEALTH PROGRAM FROM GOVERNMENT WITH *HEALTH ACCOUNT* APPROACH

Dominirsep Dodo<sup>1</sup>, Laksono Trisnantoro<sup>2</sup>, Sigit Riyarto<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat,  
Universitas Nusa Cendana, Kupang, Nusa Tenggara Timur

<sup>2</sup> Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran,  
Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

#### ABSTRACT

**Background:** The degree of Maternal and Child Health (MCH) is still a major problem in health development in Indonesia. One factor that may be an obstacle in solving this problem is the limited cost. In this context, planning and cost utilization are essential to improve so that they can produce a great impact for the improvement of MCH. Therefore, in-depth information about the MCH financing situation in regions as an input to develop efficient activities in improving MCH status is needed.

**Objective:** To analyze health financing situation of MCH program in 2010 which sourced from government and to make policy recommendations related to the program in Sabu Raijua District, East Nusa Tenggara Province. The situation in question is availability, budget planning process, expenditure accuracy, and fund flow rate.

**Method:** This was a descriptive research with a case study strategy.

**Result:** The total cost of MCH program was IDR 450,787,500. It was not sufficient to provide basic health services for pregnant women from early pregnancy until postpartum period. The budget proportion from the central, provincial, and district governments amounted to 79.63%, 3.56%, and 16.78%, respectively. Cost allocation of the district budget was 0.80%. Planning activities of MCH program was from the district budget through the development planning meeting (*Musrenbang*). Proposed activities in *Musrenbang* were dominated by physical activities. The cost of MCH program was spent more on direct activities and operational cost in villages and sub districts. The implementation of the activities was not supported by facilities and adequate human resources. The MCH fund disbursement from the central government was conducted in October-November while from the provincial and district governments were in July to August.

**Conclusion:** The government's commitment was still low in financing MCH program as a priority program due to budget decentralization. *Musrenbang* activities had not demonstrated significant impacts on quality activities improvement and budget allocations from the district budget. Availability of personnel and health facilities greatly affected the performance of MCH program. Delays in funds disbursement disrupted the implementation of activities and provided opportunities for corruption. Therefore, the supervision function must be improved both internal and external.

**Keywords:** financing, maternal and child health program, health account, budget, government.

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Derajat kesehatan ibu dan anak (KIA) masih merupakan masalah utama pembangunan kesehatan di Indonesia. Salah satu faktor yang menjadi kendala dalam penyelesaian masalah ini adalah keterbatasan biaya kesehatan. Dalam konteks ini, aspek perencanaan dan pemanfaatan biaya menjadi sangat penting untuk diperbaiki agar dapat menghasilkan dampak yang besar bagi peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak. Oleh karena itu, diperlukan informasi yang mendalam tentang situasi pembiayaan KIA di daerah sebagai input dalam pengembangan kegiatan yang efisien dalam meningkatkan status kesehatan ibu dan anak. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis situasi pembiayaan kesehatan program KIA tahun 2010 yang bersumber pemerintah dan membuat rekomendasi kebijakan terkait program KIA di Kabupaten Sabu Raijua, Provinsi Nusa Tenggara Timur. Situasi pembiayaan yang dimaksud adalah ketersediaan, proses perencanaan, ketepatan belanja, dan kecepatan aliran dana.

**Metode:** Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan strategi studi kasus.

**Hasil:** Total biaya program KIA sebesar Rp450.787.500,00. Biaya tersebut tidak cukup untuk menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi ibu hamil mulai dari awal kehamilan sampai masa nifas. Proporsi biaya dari pemerintah pusat sebesar 79,63%, pemerintah provinsi sebesar 3,56% dan pemerintah kabupaten sebesar 16,78%. Proporsi biaya KIA dari APBD kabupaten sebesar 0,80%. Perencanaan kegiatan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) bersumber APBD kabupaten melalui Musyawarah Perencanaan Pembangunan (*Musrenbang*). Usulan kegiatan *Musrenbang* didominasi oleh kegiatan fisik. Proporsi belanja program KIA lebih banyak untuk kegiatan langsung dan biaya operasional kegiatan di desa dan kecamatan. Implementasi kegiatan tidak didukung oleh fasilitas dan sumber daya manusia. Pencairan dana KIA dari pemerintah pusat dilakukan pada bulan Oktober-November sedangkan dari pemerintah daerah kabupaten dan provinsi pada bulan Juli-Agustus.

**Kesimpulan:** Komitmen pemerintah masih rendah dalam pembiayaan program KIA sebagai program prioritas. Terjadi sentralisasi anggaran dalam pembiayaan program KIA di daerah. Kegiatan *Musrenbang* belum menunjukkan pengaruh yang berarti terhadap perbaikan kualitas kegiatan dan alokasi anggaran dari APBD. Ketersediaan tenaga dan fasilitas kesehatan sangat mempengaruhi peningkatan kinerja program KIA. Keterlambatan pencairan dana mengganggu implementasi kegiatan dan memberi peluang terjadinya penyalahgunaan/korupsi sehingga fungsi pengawasan harus ditingkatkan baik secara internal maupun eksternal.

**Kata Kunci:** pembiayaan, program kesehatan ibu dan anak, *health account*, anggaran, pemerintah.

## PENGANTAR

Derajat Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) masih merupakan masalah utama dalam pembangunan kesehatan di kawasan timur Indonesia. Salah satu provinsi yang banyak menjadi sorotan nasional dalam hal rendahnya status kesehatan ibu dan anak adalah Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT)<sup>1</sup>. Kematian ibu dan bayi di NTT dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu masih banyaknya pertolongan persalinan oleh dukun atau keluarga yang berlangsung di rumah, adanya gangguan status gizi ibu pada saat hamil dan sebelum hamil, dan keterlambatan dalam hal mengenali tanda bahaya, mengambil keputusan untuk mencari pertolongan yang berkualitas, mencapai fasilitas kesehatan dan mendapatkan pertolongan yang cepat dan tepat di fasilitas pelayanan<sup>2</sup>.

Salah satu upaya untuk mengatasi masalah tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) adalah penempatan bidan desa dengan harapan akses masyarakat terhadap layanan pertolongan persalinan yang bermutu makin terjangkau. Upaya ini belum sepenuhnya berhasil karena insentif yang kecil dan kondisi lingkungan yang tidak menyenangkan sehingga bidan tidak mau bekerja di desa dalam waktu yang lama<sup>3</sup>. Kualitas layanan juga tidak optimal karena tidak ditunjang oleh fasilitas kesehatan yang memadai. Pada tahun 2009, dalam rangka percepatan penurunan AKI dan AKB, pemerintah Provinsi NTT mengeluarkan kebijakan baru dengan pendekatan yang lebih komprehensif yaitu kebijakan revolusi KIA. Kebijakan ini bertujuan agar semua ibu hamil melahirkan di fasilitas kesehatan yang “memadai” baik dari segi sumber daya manusia, obat, peralatan atau bahan, bangunan, sistem dan anggaran atau pembiayaan<sup>4</sup>.

Penurunan AKI dan AKB dalam kebijakan revolusi KIA dilakukan dengan “cara-cara yang luar biasa” yaitu: 1) penyediaan tenaga kesehatan (terutama dokter dan bidan) yang cukup dengan penyebaran yang merata, 2) pengembangan puskesmas dengan PONEK dan rumah sakit dengan PONEK di setiap kabupaten/kota, 3) pembuatan rumah tunggu persalinan di puskesmas dan di rumah sakit di setiap kabupaten/kota agar sistem rujukan sebelum proses kelahiran dapat berjalan dengan baik, dan 4) hal-hal lain yang relevan dengan kebutuhan wilayah setempat<sup>4</sup>. Implementasi kebijakan ini di tingkat kabupaten/kota membutuhkan biaya yang cukup besar sehingga diperlukan perhatian yang serius dan komitmen yang tinggi dari pemerintah.

Kabupaten Sabu Raijua adalah salah satu kabupaten baru di wilayah Provinsi NTT yang dibentuk pada tahun 2008. Kabupaten ini tergolong daerah miskin, terpencil dan termasuk dalam kategori kepulauan

terluar di bagian selatan NTT. Jumlah penduduknya di tahun 2010 sebanyak 73.000 orang. Jumlah masyarakat miskin sebanyak 64.613 orang dan semuanya dicakup oleh dana Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Pada tahun 2010, jumlah kasus kematian bayi sebanyak 16 orang dan kematian balita sebanyak 12 orang. Jumlah kematian ibu sebanyak 10 orang<sup>5</sup>.

Kabupaten Sabu Raijua adalah kabupaten dengan kapasitas fiskal yang rendah (indeks fiskal 0,2181). Penyelenggaraan fungsi pemerintahan masih banyak bergantung pada dana perimbangan yang berasal dari pemerintah pusat. Besarnya dana yang diperuntukkan bagi sektor publik/masyarakat lebih kecil dan belum sesuai dengan prinsip anggaran berbasis kinerja. Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan diketahui bahwa belum ada kontribusi dan atau bantuan dari luar atau pihak swasta dalam pembiayaan program KIA di Kabupaten Sabu Raijua.

Salah satu isu penting dalam penyelenggaraan sistem kesehatan di daerah adalah pembiayaan kesehatan. Fungsi pembiayaan kesehatan adalah salah satu penentu kinerja sistem kesehatan<sup>6</sup>. Fungsi ini tidak hanya terkait dengan proses mobilisasi dana tetapi juga dengan menyalurkan atau mengalokasikannya dalam operasional sistem kesehatan<sup>7</sup>. Fungsi pembiayaan menjadi alat kontrol yang penting bagi penentu kebijakan dalam menyelenggarakan sistem kesehatan di daerah<sup>8</sup>.

Masalah dalam pembiayaan kesehatan di Indonesia adalah belum optimalnya efektivitas dan efisiensi dalam penggunaan. Hal ini terkait erat dengan jumlah dana yang kurang, alokasi yang tidak sesuai prioritas, dan pola belanja yang cenderung pada investasi barang dan kegiatan tidak langsung. Dominannya belanja investasi dan kegiatan tidak langsung berdampak pada kurangnya biaya operasional dan biaya untuk kegiatan langsung. Di sisi lain, kinerja suatu program kesehatan sangat ditentukan oleh kecukupan biaya operasional dan biaya untuk kegiatan langsung. Kondisi ini diperburuk lagi dengan terlambatnya pencairan dana yang secara umum mempengaruhi pencapaian target program<sup>9</sup>.

Masalah yang dihadapi di negara-negara miskin dan negara-negara berkembang dalam mencapai target *Millenium Development Goals* (MDGs) adalah alokasi pembiayaan yang tidak efektif dan berbasis pada data atau informasi yang tidak akurat<sup>10</sup>. Strategi yang ditempuh dalam mengatasi hal ini adalah pengembangan kebijakan kesehatan berbasis bukti<sup>11</sup>. Implikasinya, pemerintah perlu memperbaiki kualitas pembuatan kebijakan dalam situasi keterbatasan sumber daya<sup>12</sup>. Salah satu instrumen yang digunakan untuk menghasilkan *evidence* bagi pengambil kebi-

jakan khususnya tentang pembiayaan kesehatan adalah *health account*. Analisis pembiayaan dengan pendekatan *health account* akan memberikan informasi yang mendalam tentang aliran biaya atau belanja dalam penyelenggaraan sebuah sistem kesehatan<sup>13</sup>.

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi situasi pembiayaan program kesehatan ibu dan anak bersumber pemerintah di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan dan membuat rekomendasi kebijakan terkait pembiayaan program tersebut. Situasi pembiayaan yang dimaksud adalah ketersediaan biaya, perencanaan anggaran, ketepatan belanja, dan kecepatan aliran dana.

## BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan desain studi kasus<sup>14</sup>. Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Sabu Raijua, Provinsi NTT selama tiga bulan yaitu dari bulan Agustus sampai Oktober tahun 2011. Data sekunder dalam penelitian ini adalah seluruh anggaran bersumber pemerintah yang dibelanjakan dengan tujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak yang ada di Kabupaten Sabu Raijua tahun 2010 (tidak termasuk gaji pegawai). Data kualitatif dalam penelitian ini adalah hasil wawancara dengan responden terkait proses perencanaan anggaran dan kecepatan aliran dana program KIA. Responden berjumlah 15 orang yang berasal dari dinas kesehatan dan sosial, puskesmas dan kecamatan. Instrumen *health account* yang dipakai adalah klasifikasi *account* yang dikeluarkan oleh Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2009.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 1. Ketersediaan Biaya Program Kesehatan Ibu dan Anak

Total biaya program KIA yang bersumber dari pemerintah baik pusat, provinsi maupun pemerintah daerah kabupaten di Kabupaten Sabu Raijua pada tahun 2010 sebesar Rp450.787.500,00. Secara

proporsional, alokasi biaya tersebut, dapat dilihat pada Tabel 1.

**Tabel 1. Proporsi Alokasi Biaya Untuk Program Kesehatan Ibu dan Anak dari Berbagai Sumber Biaya di Kabupaten Sabu Raijua Tahun 2010**

Sumber Biaya	Total (Rp)	Alokasi Untuk Program KIA (Rp)	(%)
Pemerintah Pusat	781.874.003	359.137.500	45,93
Pemerintah Provinsi	134.749.000	16.030.000	11,90
Pemerintah Daerah*	9,490,380,000	75.620.000	0,80

\* Total Belanja Langsung Urusan Kesehatan

Tabel 1 menunjukkan bahwa pemerintah pusat mengalokasikan dana cukup besar untuk pembiayaan program KIA, sedangkan alokasi dana dari APBD sangat kecil. Data ini menunjukkan bahwa komitmen pemerintah daerah terhadap program KIA sangat rendah.

#### a. Kecukupan Biaya

Perkiraan Biaya untuk menyediakan pelayanan kesehatan dasar untuk Ibu sejak hamil sampai pada masa nifas dalam kebijakan revolusi KIA tingkat Provinsi NTT sebesar Rp400.000,00 (Tabel 2).

Jumlah populasi ibu hamil yang ada di Kabupaten Sabu Raijua tahun 2010 sebanyak 2.235 orang. Besaran kebutuhan kecukupan biaya = jumlah sasaran dikalikan dengan standar biaya. Kecukupan Biaya =  $2.235 \times \text{Rp}400.000,00 = \text{Rp}894.000.000,00$  Jumlah biaya tersedia dan telah dibelanjakan untuk kegiatan-kegiatan KIA di Kabupaten Sabu Raijua tahun 2010 sebesar Rp 450.787.500,00 Dengan demikian, biaya yang dialokasikan dan telah dibelanjakan untuk kegiatan program KIA di Kabupaten Sabu Raijua tahun 2010 tidak cukup untuk membiayai pelayanan kesehatan dasar bagi ibu sejak awal kehamilan sampai masa nifas.

#### b. Sumber Biaya

Tabel 3, penyelenggaraan program KIA di tahun 2010 di Kabupaten Sabu Raijua didominasi oleh pembiayaan dari pemerintah pusat.

**Tabel 2. Perkiraan Biaya untuk Satu Ibu Sejak Hamil Sampai Masa Nifas dalam Kebijakan Revolusi KIA di NTT**

Jenis Kegiatan	Unit Cost (Rp)	Volume	Jumlah Rp)
Pemeriksaan Kehamilan (ANC)	5.000	4 kali	20.000
Transport keluarga pendamping ke puskesmas untuk melahirkan	50.000	2 kali	100.000
Jasa Bidan/perawat/dukun pendamping	50.000	1 kali	50.000
Kunjungan rumah ibu nifas dan bayi baru lahir oleh bidan/perawat	10.000	1 kali per bulan selama 3 bulan	30.000
Jasa pertolongan bidan puskesmas	50.000	1 orang/kali	50.000
Jasa pertolongan dokter puskesmas	100.000	1 orang/kali	100.000
Jasa Pembantu bidan puskesmas	25.000	2 orang/kali	50.000
<b>Total</b>			<b>400.000</b>

**Tabel 3. Ketersediaan Biaya Program KIA Berdasarkan Sumber Biaya di Kabupaten Sabu Raijua Tahun 2010**

Sumber Biaya (Pemerintah)	Alokasi Untuk Program KIA	
	(Rp)	%
Pemerintah Pusat	359.137.500	79,67
Pemerintah Provinsi (Dekonsentrasi)	16.030.000	3,56
Pemerintah Kabupaten (APBD)*	75.620.000	16,78
Total	450.787.500	100,00

\*Total Belanja Langsung Urusan Kesehatan

### Agen Pembiayaan/Pengelola Anggaran

**Tabel 4. Ketersediaan Biaya Program KIA Berdasarkan Agen Pembiayaan untuk di Kabupaten Sabu Raijua Tahun 2010**

Agen pembiayaan/Pengelola Anggaran	Alokasi Untuk Program KIA	
	(Rp)	%
Dinas Kesehatan Provinsi	40.030.000	8,88
Dinas Kesehatan Kabupaten	99.757.500	88,68
BPMPPKB & PemDes	11.000.000	2,24
Total	450.787.500	100,00

Tabel 4 bahwa sebagian besar biaya program KIA oleh Dinas Kesehatan dan Sosial Kabupaten Sabu Raijua. Ada juga Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) lain yang mengelola anggaran yang terkait KIA yaitu badan pemberdayaan masyarakat, pemberdayaan perempuan, keluarga berencana, dan pemerintahan desa. Sementara itu, dana dekonsentrasi dikelola oleh dinas kesehatan provinsi. Dinas kesehatan di kabupaten hanya sebagai pelaksana kegiatan yang dibiayai dari dana dekonsentrasi. Peranan pengelolaan dana KIA oleh RSUD tidak ada.

### c. Penyelenggaran/Penyedia Layanan

**Tabel 5. Ketersediaan Biaya Program KIA Berdasarkan Penyelenggara/Penyedia Layanan di Kabupaten Sabu Raijua Tahun 2010**

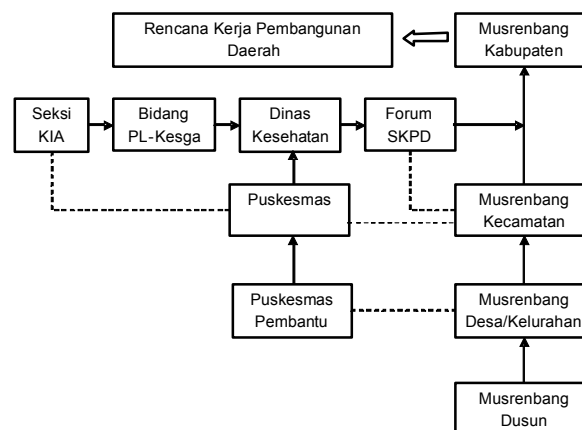
Penyelenggara/Penyedia Layanan	Jumlah (Rp)	%
Pemerintah Kabupaten/Kota	102.430.000	22,72
Puskesmas	285.560.000	63,35
Posyandu	62.797.500	13,93
Total	450.787.500	100,00

Tabel 5 bahwa peranan puskesmas sangat menonjol dalam produksi pelayanan program KIA. Pelayanan rujukan terkait KIA di RSUD tidak tersedia di wilayah kerja Kabupaten Sabu Raijua pada tahun 2010.

## 2. Perencanaan Anggaran Program Kesehatan Ibu dan Anak

Proses perencanaan kegiatan program KIA bersumber APBD secara umum dilakukan dengan

pendekatan *bottom up* melalui forum Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang). Tahapan tersebut dapat dilihat pada Gambar 1.



**Gambar 1. Tahapan dalam Proses Perencanaan Kegiatan Program KIA bersumber APBD Kabupaten**

Tahapan Musrenbang dalam Gambar 1 dibuktikan dari hasil wawancara dengan responden di tingkat kecamatan dan dinas kesehatan:

“...Jadi tingkatannya itu seperti ini: Musrenbangdus, Musrenbangdes, Musrenbangcam dan Musrenbangkab. Sebelum masuk ke musrenbangkab, ada Forum SKPD” (R13)

“Kita tetap melibatkan dari bidang-bidang secara teknis. Kita menjawab atau mengakomodir usulan dari tingkat bawah yaitu melalui Musrenbangdus, Musrenbangdes, Musrenbangcam, Musrenbangkab. disamping itu juga, kita juga mengadakan rapat koordinasi dengan puskesmas dan rumah sakit. Di situ, kita akomodir dan kita rencanakan. Kita tuangkan dalam Renja(Rencana Kerja) sendiri. Renja dinas ini.” (R1)

Pihak yang lebih banyak terlibat dalam Musrenbang di tingkat dusun dan desa adalah masyarakat dan aparat pemerintah desa. Tenaga kesehatan juga terlibat di tingkat desa apabila ada perawat atau bidan di pustu/desa tersebut. Namun, di tingkat desa dan kecamatan, tenaga kesehatan tidak bisa terlibat aktif secara penuh. Hal dibuktikan dari hasil wawancara dengan responden di tingkat kecamatan: “Tapi masalahnya kadang-kadang tidak bisa terlibat penuh karena bertepatan dengan kegiatan rutin mereka seperti posyandu dan kunjungan rutin ke rumah ibu hamil dan ibu nifas. Kegiatan itu tidak bisa ditinggal.” (R11)

Setelah pelaksanaan Musrenbangcam, maka langkah selanjutnya dalam proses perencanaan sebelum memasuki forum Musrenbangkab adalah Forum Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD).

Setelah Forum SKPD dilakukan, maka tahapan perencanaan selanjutnya adalah pelaksanaan Musrenbangkab. Pihak-pihak yang terlibat cukup banyak baik pemerintah maupun non pemerintah Musrenbangkab adalah Musrenbang persetujuan untuk membuat Rencana Kerja Pembangunan Daerah.

Hasil studi dokumen terhadap dokumen hasil Musrenbangcam tahun 2010 yang ada di tiga kecamatan diketahui bahwa jenis-jenis usulan kegiatan bidang kesehatan tingkat kecamatan yang diakomodir sebagian besar adalah usulan kegiatan yang bersifat fisik dan hanya sedikit saja yang bersifat non fisik.

Hasil penelitian juga menemukan bahwa di seksi KIA yang ada di dinas kesehatan tidak memiliki staf. Jumlah kegiatan program KIA yang direncanakan hanya dua kegiatan. Dana yang tersedia sangat terbatas dan sumber daya manusia untuk melaksanakan kegiatan juga terbatas. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara dengan responden di Dinas Kesehatan:

“Kita disini sebenarnya tenaga masih terlalu kurang. Misalnya seperti KIA saja, seksi ini tidak punya staf apa-apa. Saya sedikit beruntung sebagai kepala bidang karena ada kepala seksi. Tapi kepala seksi ini sendiri tidak ada staf” (R2)

“Program yang kita buat selama ini, itu masih sebatas, disamping kita melaksanakan program yang memang sudah diarahkan dari pusat, tetapi untuk APBD sendiri, karena dana-nya juga masih terbatas, kemudian karena manusia atau SDM-nya juga masih sangat terbatas, sarana prasarana juga terbatas, jadi kita masih, memikirkan penambahan sarana prasarana.” (R1)

Upaya advokasi anggaran juga tidak dilakukan karena kurangnya kemampuan Sumber Daya Manusia (SDM) dalam perhitungan kecukupan dana. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara: “...sampai dengan saat ini, kami belum pernah lakukan permintaan dana ke pihak mana-mana pun belum pernah. karena kita baru memulai, kita belum tau kebutuhan kita seperti apa.” (R2)

### 3. Ketepatan Belanja Program Kesehatan Ibu dan Anak

#### a. Jenis kegiatan

**Tabel 6. Distribusi Belanja Program KIA Berdasarkan Jenis Kegiatan di Kabupaten Sabu Raijua Tahun 2010**

Jenis Kegiatan	Jumlah	(%)
Kegiatan Langsung	348.947.500	77,41
Kegiatan Tidak Langsung	101.840.000	22,59
Total Biaya Program KIA	450.787.500	100,00

Tabel 6 menunjukkan bahwa proporsi belanja untuk kegiatan langsung lebih besar dari belanja tidak langsung.

#### b. Mata Anggaran

**Tabel 7. Distribusi Belanja Program KIA Berdasarkan Mata Anggaran di Kabupaten Sabu Raijua Tahun 2010**

Mata Anggaran	Jumlah	(%)
Investasi	25.500.000	5,66
Operasional	425.287.500	94,34
Pemeliharaan	-	-
Total Biaya Program KIA	450.787.500	100,00

Tabel 7 menunjukkan bahwa hampir semua biaya program KIA digunakan untuk biaya operasional sedangkan sisanya untuk investasi.

#### c. Jenjang Kegiatan

**Tabel 8. Distribusi Belanja Program KIA Berdasarkan Jenjang Kegiatan di Kabupaten Sabu Raijua Tahun 2010**

Jenjang Kegiatan	Jumlah	(%)
Pusat	6.400.000	1,42
Provinsi	36.320.000	8,06
Kabupaten	44.130.000	9,79
Kecamatan/Puskesmas	75.730.000	16,80
Desa/Kelurahan/masyarakat	288.207.500	63,93
Total Biaya Program KIA	450.787.500	100,00

Tabel 8 menunjukkan bahwa sebagian besar biaya program KIA dibelanjakan untuk kegiatan-kegiatan KIA di tingkat desa dan puskesmas. Data ini menunjukkan bahwa intensitas kegiatan di tingkat desa dan kecamatan lebih tinggi daripada di kabupaten, provinsi dan pusat.

### 4. Kecepatan Aliran Dana Program Kesehatan Ibu dan Anak

#### a. Dana BOK dan Jamkesmas

Hasil studi dokumen terhadap kuintansi pencairan menunjukkan bahwa dana BOK dan Jamkesmas tahun 2010 di Kabupaten Sabu Raijua itu baru dapat dicairkan pada bulan Oktober-November. Untuk dana Jamkesmas sendiri, waktu pencairannya memang sudah biasa terjadi di akhir tahun. Pencairan dana BOK dan Jamkesmas dinilai terlambat dan waktunya kurang tepat. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancaranya dengan responden di tingkat dinas kesehatan dan puskesmas: “Dana BOK dan Jamkesmas itu realisasinya sudah akhir tahun, tidak tepat waktu juga pencairannya. Dari dulu seperti itu, sejak adanya dana JPS-BK.” (R6)

Penyebab keterlambatan pencairan dana BOK dan Jamkesmas ini adalah karena dua faktor diantaranya: keterlambatan dari alokasi dari pemerintah pusat dan kemampuan dan kapasitas dari sumberdaya manusia di puskesmas dalam membuat *Plan of Action* (PoA). Hal ini dibuktikan hasil wawancara dengan responden di tingkat dinas kesehatan dan puskesmas:

“Keterlambatan dari pusat, kemudian dari Kabupaten Kupang juga terlambat. Kami hanya menunggu alokasi pembagian dari Kabupaten Kupang pada waktu itu.” (R4)

“Biasanya dinas sudah memberi tahu bahwa dana sudah ada. Cuma kami kendalanya ya, pada saat penyusunan PoA. Kami hanya diberikan juknis saja dan tidak pernah mendapat pelatihan untuk itu. Kami baca dari juknis dan interpretasi sendiri. Kemudian konsultasi ke atas. Kalau sudah betul, ya oke. Tapi kalau tidak ya buat ulang alias mereka coret.” (R8)

Dampak dari keterlambatan pencairan dana BOK dan Jamkesmas ini sangat berpengaruh pada kualitas layanan atau kegiatan program di puskesmas. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara dengan responden di tingkat puskesmas:

“Selama bulan Januari sampai dengan pencairan dana, pekerjaan atau kegiatan yang dilakukan dengan alokasi dana jamkesmas itu pake BON alias utang dulu....artinya kita BON dulu.” (R5)

“Yang pasti bahwa keterlambatan dana itu sangat mengganggu program kita disini. Jadi harapan kita ke depannya nanti, kalau bisa dana itu turun di awal-awal tahun. Supaya kita juga kerja dengan tenang dan tidak merabak-rabak.” (R7)

#### b. Dana APBD dan Dana Dekonsentrasi

Hasil studi dokumen dan wawancara, menunjukkan bahwa pencairan dana dari APBD Kabupaten untuk kegiatan KIA dilakukan pada bulan Juli. Berikut adalah hasil wawancara dengan responden ditingkat dinas kesehatan: “Bulan Juli, agak terlambat cairnya itu. Sementara birokrasinya juga begitu panjang sehingga ada kegiatan-kegiatan yang sudah dilaksanakan karena terobosan saja tapi dana-nya belum ada.” (R2)

Sementara itu, pencairan dana dekonsentrasi dilakukan pada bulan Agustus-September. Informasi ini menggambarkan bahwa pencairan dana dekonsentrasi dan APBD dilakukan pada sekitar pertengahan tahun.

## PEMBAHASAN

### 1. Ketersediaan Biaya Program Kesehatan Ibu dan Anak

Penelitian ini menemukan bahwa biaya KIA yang dialokasikan tidak cukup untuk menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi ibu sejak awal kehamilan sampai masa nifas. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian<sup>15</sup> di Lombok Tengah yang menemukan bahwa biaya program KIA yang ada memang tidak cukup untuk mencapai target yang ada dalam standar pelayanan minimal yang dibuat oleh pemerintah<sup>15</sup>. Tidak cukupnya biaya program KIA berkaitan erat dengan alokasi biaya kegiatan program KIA. Proporsi alokasi dari pemerintah daerah hanya 0,80% dari total belanja langsung APBD kabupaten. Proporsi ini berbeda dengan hasil penelitian<sup>16</sup> yang menemukan bahwa proporsi anggaran dari APBD untuk program kesehatan ibu dan bayi berkisar antara 30%-35%.<sup>16</sup> Pola pembiayaan program KIA dalam penelitian ini bertentangan dengan semangat desentralisasi. Fenomena tersebut dipengaruhi oleh kurangnya kesadaran pengambil keputusan akan arti pentingnya kesehatan<sup>17</sup>. Pengambil keputusan sering menganggap pelayanan kesehatan merupakan sektor yang tidak produktif. Di era desentralisasi banyak daerah tidak memiliki cukup dana untuk membiayai pelayanan kesehatan karena kemampuan fiskal yang rendah<sup>18</sup>. Selain faktor di atas, juga dipengaruhi oleh lemahnya kapasitas manajerial dalam membuat perencanaan anggaran di daerah<sup>19</sup>.

Temuan lain yang juga penting dalam penelitian ini adalah dominasi peningkatan pembiayaan dari pemerintah pusat. Hal ini tidak sepenuhnya positif. Sentralisasi dalam hal dana dekonsentrasi program KIA tidak dibarengi dengan *decision space* yang lebar sehingga sehingga derajat otonomi kabupaten juga terbatas<sup>20</sup>. Selain itu juga alokasi anggaran tidak tepat. Alokasi anggaran dari pusat untuk program KIA tidak ada hubungannya dengan indikator kapasitas fiskal, jumlah penduduk, penduduk miskin, luas wilayah, jumlah dokter, jumlah puskesmas dan jumlah rumah sakit<sup>18</sup>.

Ketersediaan biaya yang besar untuk menjamin pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk bukanlah satu-satunya determinan bagi peningkatan kinerja program. Masih banyak faktor lainnya yang juga turut mempengaruhi peningkatan kinerja program yakni ketersediaan sarana dan SDM, kualitas layanan, kapasitas dalam penyerapan anggaran, dan fungsi pengawasan.

## 2. Perencanaan Kegiatan Program Kesehatan Ibu dan Anak

Penelitian ini menemukan bahwa perencanaan program KIA bersumber APBD dilakukan pendekatan hierarki pemerintahan. Pendekatan ini dalam UU No. 25/2004 dikenal sebagai pendekatan bawah ke atas (*bottom up*) melalui mekanisme Musrenbang. Pendekatan ini menekankan pada keterpaduan horisontal/lintas sektor di setiap hierarki pemerintahan<sup>21</sup>.

Model pengambilan keputusan dalam pendekatan *bottom up* (Musrenbang) ini adalah model rasional. Pengambilan keputusan melibatkan pemilihan di antara pilihan-pilihan yang berlaku paling memungkinkan dalam pencapaian tujuan yang ditentukan<sup>22</sup>. Penelitian ini menemukan kelemahan dalam pendekatan Musrenbang. Kelemahan pertama adalah tingkat keterlibatan dan partisipasi masyarakat rendah karena dilakukan pada awal tahun yang bertepatan dengan musim hujan. Hal ini berpotensi pada kurangnya *ownership* masyarakat terhadap program-program dan kegiatan. Kelemahan kedua adalah *output* kegiatan yang ditetapkan atau diusulkan untuk dibiayai lebih banyak yang bersifat fisik.

Dominannya usulan kegiatan yang bersifat fisik dalam forum Musrenbang disebabkan karena kegagalan pemerintah yaitu dinas kesehatan sebagai *leading sector* dalam memfasilitasi masyarakat untuk memahami pentingnya aspek non fisik di bidang kesehatan. Salah satu bentuk kelemahan pendekatan *bottom up* dengan model pengambilan keputusan rasional yaitu ketidakmampuan pihak-pihak yang terlibat dalam pembuatan kebijakan dalam mendefinisikan permasalahan yang ada sebagai konsekuensi dari kekurangan informasi yang dimiliki<sup>22</sup>. Selain berbagai faktor di atas, terdapat juga faktor lain yakni *output* pelayanan KIA adalah suatu yang *intangible* sehingga kurang mendapat perhatian masyarakat<sup>23</sup>.

Kecenderungan belanja fisik tidak berbanding lurus dengan peningkatan kinerja program<sup>9</sup>. Dalam proses perencanaan memang masih terdapat kesulitan untuk merubah mindset pelaku perencanaan dari "*project oriented*" atau "*budget oriented*" menjadi "*performance based-budgeting*". Kesulitan lainnya dalam proses perencanaan adalah terbatasnya SDM yang menunjang kegiatan dan tidak lancarnya pelaporan kegiatan kesehatan<sup>18</sup>.

Untuk mengatasi kelemahan tersebut perlu dilakukan perbaikan yang dimulai dari: 1) sosialisasi untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya kegiatan non fisik dalam sektor kesehatan, 2) pengambilan keputusan harus berbasis bukti (*evidence based*) sehingga perlu

ada pengumpulan data dan perbaikan kualitas data yang akurat, dan 3) tenaga kesehatan harus terlibat aktif dalam kegiatan Musrenbang dan membangun koalisi yang erat dengan berbagai *stakeholder* penting di ranah lokal.

## 3. Ketepatan Belanja Program Kesehatan Ibu dan Anak

Penelitian ini menemukan bahwa belanja program KIA dari aspek jenis kegiatan, lebih banyak dihabiskan untuk kegiatan langsung. Kegiatan langsung adalah kegiatan yang menghasilkan *output* program dan terkait langsung dengan pelayanan<sup>9</sup>. Banyaknya biaya yang digunakan untuk kegiatan langsung akan meningkatkan *output* layanan karena menyentuh sasaran/populasi dan konsisten dengan prinsip penganggaran berbasis kinerja yang menuntut adanya efektivitas, efisiensi dan akuntabilitas<sup>24</sup>.

Dari aspek mata anggaran, sebagian besar biaya dibelanjakan untuk input yang bersifat operasional. Kinerja program sangat ditentukan oleh kecukupan biaya operasional. Kekurangan biaya operasional merupakan "penyakit" lama dalam sistem kesehatan<sup>25</sup>. Biasanya belanja kesehatan lebih didominasi oleh belanja fisik untuk investasi. Belanja yang tinggi untuk kegiatan investasi cenderung tidak meningkatkan kinerja<sup>9</sup>.

Berdasarkan aspek jenjang kegiatan, sebagian besar biaya digunakan untuk menjalankan kegiatan di desa melalui posyandu dan di puskesmas. Intensitas kegiatan KIA yang tinggi di desa dan puskesmas meningkatkan kinerja program karena bersifat langsung kepada masyarakat sebagai sasaran kegiatan. Perbaikan kinerja program sebagian besar ditentukan oleh intensitas kegiatan di tingkat pelayanan seperti puskesmas, RSUD, dan masyarakat<sup>9</sup>.

Walaupun dari segi jenis kegiatan, mata anggaran, dan jenjang kegiatan, belanja program KIA sudah tepat namun kondisi SDM dan fasilitas dan sarana pendukung lainnya di Kabupaten Sabu Raijua sangat terbatas dan tidak mendukung dalam meningkatkan kualitas pelayanan dan kinerja program. Implikasinya, cakupan pelayanan KIA di tingkat puskesmas tidak mengalami peningkatan. Determinan kinerja program dari perspektif ketepatan belanja tidak sepenuhnya berlaku di semua daerah<sup>25</sup>. Asumsi itu hanya dapat berlaku di daerah yang memiliki SDM yang cukup dengan fasilitas yang memadai. Pencapaian target kinerja program sangat ditentukan oleh kemampuan sistem, ketersediaan sumber daya dan infrastruktur serta kapasitas absorpsi pemerintah<sup>21</sup>. Alokasi biaya operasional yang efektif untuk kegiatan program KIA adalah alokasi biaya yang diarahkan



pada kegiatan-kegiatan yang terkait erat dengan upaya mengatasi penyebab kematian ibu dan bayi<sup>26</sup>. Untuk meningkatkan efektivitas implementasi program maka perlu dilakukan perubahan dalam struktur organisasi dan hal ini terkait erat dengan keterseediaan dan kemampuan sumber daya manusia sektor kesehatan yang ada di tingkat daerah<sup>27</sup>.

#### 4. Kecepatan Aliran Dana Program Kesehatan Ibu dan Anak

Kecepatan aliran dana merupakan faktor yang krusial dalam implementasi kegiatan program. Dana adalah unsur penting dalam menjalankan sistem kesehatan di daerah. Kecepatan aliran dana akan sangat menentukan kapan suatu kegiatan dimulai dan kualitas dari pelaksanaan kegiatan tersebut. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dana dari pemerintah pusat selalu terlambat dan realisasinya pada akhir tahun sedangkan dana dekonsentrasi dan dana dari APBD dicairkan pada pertengahan tahun. Pencapaian target program tidak akan maksimal bila dikerjakan dalam waktu yang singkat walaupun jumlah dana yang diberikan cukup besar.

Penelitian ini menemukan bahwa ada ketidakpastian pembiayaan dalam kegiatan program KIA dari awal tahun sampai pertengahan tahun bahkan akhir tahun. Ketidakpastian pembiayaan ini menyulitkan tenaga kesehatan yang ada di tingkat pelayanan dasar di kecamatan dan desa/posyandu. Tenaga kesehatan mengeluarkan biaya sendiri atau berhutang kepada pihak lain. Dalam kondisi ketidakpastian pembiayaan ini, sangat sulit untuk menjalankan kegiatan rutin dan membuat inovasi di tingkat desa atau puskesmas.

Keterlambatan pencairan dana dari pusat maupun daerah dari daerah sendiri merupakan prakondisi yang memungkinkan berkembangnya perilaku korupsi. Penyalahgunaan wewenang atau perilaku korupsi dalam sektor kesehatan dipengaruhi oleh besarnya peluang yang ada untuk melakukan penyalahgunaan tersebut. Besarnya peluang tersebut dipengaruhi oleh banyak hal dan yang paling penting adalah adanya monopoli dalam pengelolaan dana dan tekanan dari pihak-pihak yang memiliki otoritas<sup>28</sup>.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di Ghana yang menyatakan keterlambatan pencairan dana mengacaukan implementasi kegiatan kesehatan dan menurunkan moral kerja dari pegawai. Salah satu cara menyalasi keterlambatan dana adalah melalui mekanisme hutang. Mekanisme lainnya adalah dengan meminjam biaya dari kas internal institusi, *pre-purchasing materials*, atau melakukan penghematan diakhir tahun untuk kegiatan pada awal tahun berikutnya. Mekanisme informal seperti ini dinilai da-

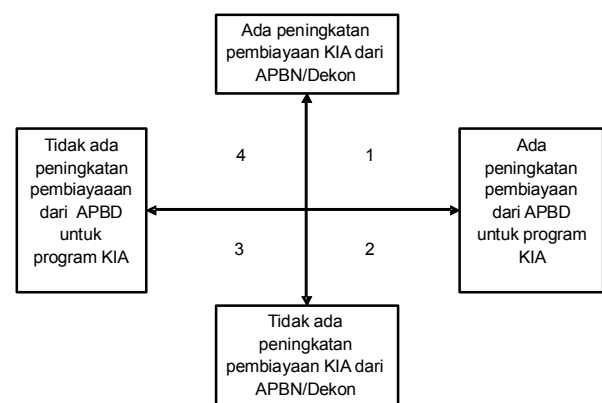
pat mencegah terjadinya korupsi akibat keterlambatan dana sekaligus bisa mempertahankan agar sistem kesehatan tetap berjalan<sup>29</sup>.

#### 5. Analisis dan Rekomendasi Kebijakan

Pada tahun 2009, pemerintah Provinsi NTT telah mengeluarkan kebijakan revolusi KIA. Kebijakan revolusi KIA adalah kebijakan yang diambil oleh pemerintah Provinsi NTT untuk mempercepat penurunan AKI dan AKB di wilayah NTT. Kebijakan ini mengharuskan semua ibu hamil bersalin harus ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan yang memadai.

Dari hasil wawancara diketahui bahwa terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi tingginya kematian ibu dan bayi di Kabupaten Sabu Raijua. Beberapa faktor yang menyebabkan hal tersebut adalah karena terbatasnya jumlah tenaga kesehatan, sarana dan prasarana kesehatan, manajemen pelayanan kesehatan dan rendahnya pengetahuan serta kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan ibu dan anak.

Untuk memperbaikinya, dalam konteks pembiayaan diperlukan perencanaan berbasis skenario. Dengan adanya pemahaman ini maka pengambil keputusan lebih siap melakukan tindakan strategis di masa yang akan datang<sup>30</sup>. Ada dua fenomena penting terkait dengan skenario pembiayaan. Dua fenomena itu adalah pembiayaan dari pusat dan pembiayaan dari daerah. Berdasarkan pada dua hal ini maka ada empat skenario yang akan terjadi dalam pembiayaan KIA di kabupaten. Ilustrasinya seperti ditunjukkan pada Gambar 2.



Gambar 2. Skenario Pembiayaan Program KIA di Kabupaten Sabu Raijua di Masa Datang

Dari ke-4 skenario di atas, skenario yang paling mungkin terjadi adalah skenario yang didukung oleh hasil analisis terhadap fakta dan pengalaman



yang terjadi selama ini dan peluang dan ancaman di masa datang. Pembiayaan kesehatan dari pusat untuk program prioritas diperkirakan meningkat dengan adanya BOK, Jamkesmas dan Jampersal yang tercermin dari adanya keinginan pemerintah pusat untuk mencapai *Universal Coverage* 2014. Perhatian pemerintah pusat dalam percepatan pembangunan di kawasan Timur Indonesia terutama daerah-daerah dengan AKI dan AKB juga sangat tinggi terutama daerah perbatasan, kepulauan, miskin dan terpencil.

Sementara itu, ditingkat daerah sendiri, kebijakan revolusi KIA yang dicanangkan di tingkat provinsi mulai gencar disosialisasikan ditingkat kabupaten dan kemungkinan besar membawa pengaruh dalam *political will* pemerintah daerah dalam hal komitmen anggaran. Koalisi untuk sektor kesehatan kemungkinan akan lebih kuat karena sektor kesehatan merupakan salah satu program prioritas kedua setelah pendidikan di Kabupaten Sabu Raijua.

Dari berbagai fakta dan uraian di atas, maka kemungkinan besar skenario 1 yang akan terjadi yaitu peningkatan pembiayaan dari pusat dan provinsi yang diikuti dengan peningkatan pembiayaan dari APBD kabupaten. Rekomendasi yang dapat diberikan bila skenario ini terjadi:

Kementerian Kesehatan perlu merubah mekanisme penyaluran Dana BOK agar tidak terjadi keterlambatan, 2) Dinas Kesehatan Kabupaten perlu melakukan perbaikan kualitas data sasaran program KIA. Kegiatan dan layanan program KIA yang tidak dibiayai oleh dana pusat, 3) Dinas kesehatan kabupaten perlu melakukan komunikasi data dan pertukaran informasi yang intensif dengan pemerintah provinsi agar dapat mengalokasikan dana dekonsentrasi dengan menu kegiatan yang sesuai dengan kebutuhan pengembangan sistem kesehatan daerah, 4) Dinas kesehatan perlu mengintensifkan pengawasan dan pengendalian terhadap mutu layanan dan kegiatan program KIA di tingkat puskesmas, 5) Pemerintah daerah harus kerjasama dengan perguruan tinggi kesehatan atau institusi kesehatan lainnya untuk penyediaan tenaga kesehatan.

Pemerintah daerah perlu melakukan perbaikan dalam alokasi APBD untuk sektor kesehatan dengan menitikberatkan pada pemberian insentif bagi tenaga kesehatan, upaya penyediaan tenaga kesehatan, penyediaan fasilitas kesehatan yang memadai.

Perbaikan kualitas dan pemantapan kapasitas manajemen di dinas kesehatan dan puskesmas serta rumah sakit sehingga target kinerja tercapai secara efektif dan efisien.

Peningkatan fungsi pengawasan dan pengendalian serta penggunaan mekanisme informal lainnya agar dalam penggunaan biaya tidak membuka peluang terjadinya korupsi dalam implementasi sistem kesehatan.

Untuk merubah perilaku dan meningkatkan kesadaran masyarakat dalam hal persalinan maka pemerintah daerah perlu menetapkan peraturan daerah dan turunannya di tingkat kecamatan dan desa mengenai keharusan melakukan persalinan pada tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.

Pengembangan kemitraan dengan tokoh agama (toga) dan tokoh masyarakat (tomas) atau tokoh lokal (tolo) untuk lebih aktif dalam peran pengambilan keputusan melakukan rujukan masalah persalinan.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Pembiayaan KIA oleh pemerintah belum memenuhi kebutuhan masyarakat. Komitmen pemerintah dalam pembiayaan program KIA yang adalah program prioritas sangat rendah. Terjadi sentralisasi anggaran program KIA.

Pendekatan yang digunakan dalam perencanaan anggaran kegiatan KIA dari sumber APBD kabupaten adalah pendekatan *bottom up* melalui mekanisme Musrenbang. Mekanisme ini gagal untuk meningkatkan kualitas dan anggaran kegiatan program KIA.

Kinerja program tidak hanya ditentukan oleh ketepatan belanja program, tetapi juga ketersediaan sumber daya manusia dan fasilitas kesehatan yang memadai.

Pencairan dana mengalami keterlambatan dan sangat mempengaruhi kualitas implementasi kegiatan. Pelayanan kesehatan dasar KIA lebih sering dijalankan dengan menggunakan mekanisme informal seperti hutang atau menggunakan biaya pribadi. Keterlambatan ini memberi peluang terjadinya penyalahgunaan/korupsi sehingga fungsi pengawasan perlu ditingkatkan baik secara internal maupun eksternal.

Implementasi kebijakan Revolusi KIA di Kabupaten Sabu Raijua dari aspek isi, sasaran program KIA (ibu hamil) belum bisa melahirkan di fasilitas kesehatan yang memadai. Dari aspek konteks, implementasi tidak didukung dengan biaya, SDM dan sarana prasarana yang cukup serta masih rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat. Dari aspek aktor, pelaku pembiayaan dan pelaku pelayanan program KIA didominasi oleh pemerintah dan belum ada kontribusi swasta atau lembaga donor lainnya. Ke depannya, kemungkinan besar terjadi peningkatan pembiayaan dari pemerintah pusat yang diikuti

dengan peningkatan pembiayaan program KIA dari pemerintah daerah.

## REFERENSI

1. Dinas Kesehatan Provinsi NTT. Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2008, Dinas Kesehatan Provinsi NTT, Kupang, 2009a.
2. Dinas Kesehatan Provinsi NTT. Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2009-2013, Kupang, 2009b.
3. Muninjaya AA. Gde. Manajemen Kesehatan, Buku Kedokteran EGC, Jakarta, 2004.
4. Dinas Kesehatan Provinsi NTT. Pedoman Revolusi KIA di NTT, Kupang, 2009c.
5. Dinas Kesehatan dan Sosial Kabupaten Sabu Raijua. Profil Kesehatan Kabupaten Sabu Raijua tahun 2010, Sabu, 2010.
6. WHO. World Health Report, <http://www.who.int>, 2000, Diakses tanggal 3 Januari 2010.
7. Eliya, R. Strengthening Health Financing in Partner Developing Countries. [www.jcie.org/researchpdfs/](http://www.jcie.org/researchpdfs/), diakses tanggal 4 Maret 2010.
8. Trisnantoro L. Sistem Kesehatan dan Reformasi, Makalah Kuliah Health Reform KMPK, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2010.
9. Gani A. Pedoman dan Modul Pelatihan District Health Account (DHA) untuk Tingkat Kabupaten dan Kota, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Depkes RI, Jakarta, 2009.
10. Schaferhoff M, Schrade C, Yamey, G. Financing Maternal and Child Health-What Are the Limitations in Estimating Donor Flows and Resource Needs?. *PLoS Med* 2010;7(7): e1000305. Doi:10.1371/journal.pmed.1000305.
11. Gray M J A. Evidence-Based Health care. How To Make Health Policy and Management Decisions, Churchill Livingstone, London, 2001.
12. Davies P. Is evidence Based Government Possible? Jerry Lee Lecture 2004. In Dumesticu, A., Granados, A., Wallace, J., Watson, S., Deman Driven Evidence Network in Europe, Bulletin World Health Organization, 2006.
13. WHO. National Health Account. <http://www.who.int/nha/>, Diakses tanggal 2 Februari 2011.
14. Yin R K. Studi Kasus-Desain & Metode, Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2009.
15. Siswadi A J. Analisis Biaya Program Kesehatan Ibu dan Anak Dalam Mencapai SPM di Kabupaten Lombok Tengah, Tesis, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2009.
16. Aryastami N K, Ariningrum, Ratih. Analisis Pembiayaan Program Kesehatan Ibu dan bayi di Kabupaten/Kota. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 2005;10(3):231-38.
17. Azwar A. Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ke-3, Binarupa Aksara, Jakarta, 1996.
18. Trisnantoro L, Atmawikarta A., Marhaeni D., dan Harbianto, D. Desentralisasi Fiskal di Sektor Kesehatan Dan Reposisi Peran Pusat Dan Daerah dalam Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007-Mengkaji Pengalaman dan Skenario Masa Depan, BPFE, Yogyakarta, 2009.
19. Hasanbasri, M. Politik Daerah dan Program Kesehatan di Masa Desentralisasi dalam Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007-Mengkaji Pengalaman dan Skenario Masa Depan, BPFE, Yogyakarta, 2009.
20. Herawati D M D. Decision Space dalam Program Kesehatan Ibu dan Anak Tahun 2006, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 2006;09(3):118-120.
21. Probandari A dan Murti, B. Perencanaan dan Penentuan Prioritas Kesehatan dalam Perencanaan dan Penganggaran untuk Investasi Kesehatan Kabupaten dan Kota, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2006.
22. Buse K, Mays N, Walt G. Making Health Policy-Understanding Public Health, Open University Press, London, 2005.
23. Hasanbasri M. Proses Politik dalam Perencanaan dan Penganggaran dalam Perencanaan dan Penganggaran untuk Investasi Kesehatan Kabupaten dan Kota, Editor: Laksono Trisnantoro, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2006.
24. Maryanti AH, Hardianto D. Penganggaran Menggunakan RASK dan Pembiayaan Kesehatan dalam Perencanaan dan Penganggaran untuk Investasi Kesehatan Kabupaten dan Kota. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2006.
25. Gani A. Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan Kabupaten/Kota dalam Sistem Desentralisasi, Makalah Pertemuan Nasional Desentralisasi Kesehatan, Bandung, 2006.
26. Rambe DM. Analisa Biaya Operasional Program Kesehatan Ibu dan Anak Terkait Penurunan Kematian Ibu di Kabupaten Muaro Jambi, Tesis, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2009.
27. Vian, Tanry. Review of Corruption in the Health Sector: Theory, Methods and Interventions, Jour-

- nal Health Policy and Planning, Published by Oxford University Press in Association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2008;23:83-94.
28. Hasanbasri M. Program Vertikal dan Kapasitas Daerah, Paper Kuliah Minat Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 2008.
29. Asante, Augustine D, Zwi, Anthony B, Ho Maria T. Getting by on Credit: How District Health Managers in Ghana Cope with the Untimely Release of Funds. *BMC Health Services Research*, 2006;6:105 doi:10.1186/1472-6963-6-105.
30. Trisnantoro L. Analisis Stakeholder dan Skenario dalam Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007-Mengkaji Pengalaman dan Skenario Masa Depan, BPFE, Yogyakarta, 2009.